

Aspectos relacionados à dificuldade do controle glicêmico em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 na Atenção Básica**Aspects related to the difficulty of glycemic control in patients with type2 diabetes mellitus in Primary Health Care**

DOI:10.34117/bjdv6n7-391

Recebimento dos originais: 03/06/2020

Aceitação para publicação: 16/07/2020

Marcos Aurélio Maeyama

Doutor e Pós-doutor em Saúde Coletiva.

Professor do Mestrado em Gestão de Políticas Públicas e do curso de Medicina da Univali
Universidade do Vale do Itajaí

Endereço: Rua Uruguai, 458 – Centro – Itajaí – SC

E-mail: marcos.aurelio@univali.br

Lielli Carine Fischer Pollheim

Pós-graduanda em Endocrinologia e Metabologia.

Médica da Prefeitura Municipal de Brusque

Prefeitura Municipal de Brusque

E-mail: lielli_pollheim@hotmail.com

Mariellen Wippel

Especialista em Medicina Interna e residente em Gastroenterologia.

Médica do Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen

Hospital Marieta Konder Bornhausen

E-mail: mariellen_wippel@hotmail.com

Carolina Machado

Mestra em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde.

Professora do curso de Medicina da Univali. Médica da Prefeitura Municipal de Itajaí

Universidade do Vale do Itajaí

E-mail: carolinamachado13@gmail.com

Mariana Vilela Veiga

Mestra em Saúde e Gestão do Trabalho.

Professora do curso de Medicina da Univali. Médica do Instituto Geral de Perícias

Universidade do Vale do Itajaí

E-mail: marianavilelaveiga@gmail.com

RESUMO

A diabetes mellitus representa um dos problemas de maior prevalência e mortalidade na população geral. Apesar de ter mecanismos de controle acessíveis a toda população, desde o diagnóstico até o acompanhamento, ainda é muito grande o percentual de pacientes sem o devido controle glicêmico. Esse trabalho teve como objetivo identificar quais os aspectos que estão relacionados com a dificuldade de controle em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 que estão sob tratamento e acompanhamento por equipes de saúde da família em uma unidade de saúde do município de

Itajaí/SC. A pesquisa utilizou abordagens qualitativas, com coleta de dados realizada através de entrevistas individuais e roteiro semiestruturado, com pessoas diagnosticadas com diabetes mellitus tipo 2, em tratamento e que não conseguem controlar o nível glicêmico. A análise de dados foi realizada, por meio da técnica de análise de conteúdo temático, na qual emergiram seis categorias: representação da doença; alimentação; atividade física; medicamentos; fatores emocionais; e relação médico-paciente. Os resultados apontam que a organização da atenção às pessoas com diabetes mellitus, seguindo os atributos da integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, podem interferir de forma positiva no autocuidado nos aspectos que dificultam o controle glicêmico das pessoas com diabetes mellitus tipo 2.

Palavras-chaves: Atenção Básica à Saúde, Integralidade em Saúde, Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

Diabetes mellitus is one of the most prevalent disease and important cause of mortality in the general population. Despite mechanisms control being accessible to the entire population, from diagnosis to monitoring, is still very large percentage of patients without adequate glycemic control. This study aimed to identify which aspects are related to the difficulty of control in people with type 2 diabetes mellitus who are under treatment and monitoring by family health teams in a Basic Health Unit in the city of Itajaí / SC. The research used qualitative approaches to data collection conducted through individual interviews and semi-structured, with people diagnosed with type 2 diabetes mellitus in treatment and who can not control the glucose level. The data analysis was performed through the thematic content analysis technique, which emerged six categories: representation of the disease; feeding; physical activity; medicines; emotional factors; and doctor-patient relationship. The results show that the organization of care for people with diabetes mellitus, following the attributes of integrity, longitudinality and coordination of care, can interfere positively in self-care in the aspects that hinder glycemic control of people with type 2 diabetes mellitus.

Keywords: Primary Health Care, Integrality in Health, Diabetes Mellitus.

1 INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é caracterizado por um distúrbio metabólico que consiste em hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo. Atinge proporções epidêmicas, com estimativa de 415 milhões de portadores de DM mundialmente¹. A persistência da hiperglicemia está associada a complicações crônicas micro e macrovasculares, aumentando a morbimortalidade e reduzindo a qualidade de vida². A classificação do DM tem sido baseada em sua etiologia³.

O diabetes tem um relevante impacto econômico nos países e nos sistemas de saúde. Isso ocorre devido maior utilização dos serviços de saúde, perda de produtividade e cuidados prolongados requeridos para tratar suas complicações crônicas, como insuficiência renal, cegueira, problemas cardíacos e pé diabético⁴.

A maioria dos países despende em casos de diabetes entre 5 e 20% do seu gasto total com saúde. Devido ao custo elevado, o diabetes é um importante desafio para os sistemas de saúde e um obstáculo para o desenvolvimento econômico sustentável⁴.

No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se em 7,6% a prevalência de diabetes na população adulta⁵. Dados mais recentes apontam para prevalências mais elevadas, como estudo recente realizado em seis capitais brasileiras, com servidores de universidades públicas na faixa etária de 35 a 74 anos, incluindo teste oral de tolerância à glicose, demonstrando prevalência de 20%, em que aproximadamente metade dos casos não tinha diagnóstico prévio⁶.

Tradicionalmente, o diabetes tipo 2 tem sido caracterizado como próprio da maturidade, com incidência após a terceira década. Nos últimos anos, entretanto, tem sido perceptível um incremento da incidência de diabetes tipo 2 em adolescentes, geralmente associada a importante história familiar, excesso de peso e sinais de resistência insulínica⁷.

A Atenção Básica à Saúde (ABS) é caracterizada como a instância organizadora do Sistema Único de Saúde (SUS) e a coordenadora do cuidado ofertado à população, considerada o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde⁸.

O tratamento disponível na ABS para o paciente com diabetes, inclui além da consulta clínica, o fornecimento gratuito de medicamentos e de insumos para auto-monitoramento da glicemia capilar, além de protocolos orientadores para o manejo clínico e de medidas não farmacológicas⁹.

A implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na ABS tem o objetivo de fornecer cuidado integral ao paciente com diabetes e identificar o sujeito na sua singularidade, analisando todas as dimensões necessárias e possíveis que se pode intervir no cuidado¹⁰.

No entanto, apesar da acessibilidade terapêutica garantida pelo governo, ainda há o descontrole do nível glicêmico em pessoas com DM. Resultados de um grande levantamento realizado pela Unifesp/Fiocruz em dez cidades brasileiras, com uma amostra de 6671 pacientes com diabetes mellitus, englobando diversas faixas etárias mostraram que apenas 10% das pessoas com diabetes tipo 1 e 27% das pessoas com diabetes do tipo 2, mantiveram seus índices glicêmicos normalizados¹¹.

Partindo do pressuposto de que o tratamento para pessoas com DM é acessível e com tecnologia disponível, o presente estudo buscou identificar os aspectos relacionados à dificuldade do controle glicêmico em pessoas com DM e propor maneiras de reorganização da atenção à pessoa com DM a partir das necessidades levantadas no estudo.

2 METODOLOGIA

A pesquisa realizada teve abordagem qualitativa de investigação e análise, buscando os conteúdos manifestos e latentes, dentro dos contextos que envolvem a construção das práticas de saúde. Nesse tipo de pesquisa, o pesquisador procura aprofundar-se na compreensão dos fenômenos que estuda, interpretando-os segundo a perspectiva dos participantes da situação enfocada, sem se

preocupar com representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito¹².

A pesquisa foi realizada em uma unidade de saúde do município de Itajaí, que possui três equipes da Estratégia de Saúde da Família.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, pois ela permite além dos questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses, outras interrogativas, fruto de novas hipóteses, que vão surgindo na medida em que o entrevistado emite algumas informações, facilitando a sua linha de pensamento e assim participando efetivamente na elaboração da pesquisa¹³.

Como critério de inclusão da amostra, foram relacionadas pessoas que possuíam diagnóstico de DM tipo 2 sem controle glicêmico, da referida área de abrangência em lista fornecida pela própria equipe. Portanto, trata-se de amostra intencional, pois ela permite a utilização dos dados obtidos a partir de pequenas amostras, e a escolha pode ser realizada com base no julgamento das necessidades dos pesquisadores em elementos que sejam mais representativos da população sobre o objeto da pesquisa¹⁴.

A partir do critério de inclusão, foram eleitas inicialmente nove pessoas, de três equipes diferentes, sugeridas pelos profissionais em reunião de equipe, destas, oito participaram das entrevistas, sendo que uma não foi possível pela dificuldade de agendamento de horário. Após a primeira coleta, foram realizadas mais quatro entrevistas, resultando na saturação de dados, na qual não foi necessária a adição de outros participantes, finalizando em doze sujeitos entrevistados.

A saturação ocorre quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados e inclusão de novos participantes¹⁵.

As entrevistas foram gravadas, e posteriormente transcritas para análise, com aviso e consentimento prévio dos participantes.

Para a análise dos dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo Temático¹⁶. A partir da leitura exaustiva e análise de entrevista, foram identificadas unidades de registro representativas, que foram posteriormente classificadas e agregadas em categorias, conforme os aspectos de dificuldade de controle glicêmico relatados durante as entrevistas. Posteriormente, foi realizada a busca de significados manifestos e latentes do material coletado e, por fim, realizada interpretação conforme quadro teórico¹³.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da UNIVALI para aprovação, sob Parecer nº 703.666 em 27/06/2014. Foram respeitados os termos de consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa, bem como autorização das Instituições pesquisadas, e os resultados foram devolvidos à Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das falas dos entrevistados, foram identificadas seis categorias principais que interferem no controle glicêmico das pessoas entrevistadas que apresentam DM tipo 2.

As unidades de registro apresentadas no quadro 1, representam uma síntese dos principais aspectos relacionados a cada categoria temática. Elas não foram mensuradas em frequência, pois o objetivo não foi quantificar sua ocorrência, mas sim de demonstrar que estas se apresentam no enfrentamento das pessoas com DM e devem ser objeto de atenção dos profissionais, respeitando a singularidade dos sujeitos.

Quadro 1 – Unidades de registro segundo as categorias de dificuldade de controle glicêmico.

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO
Representação da doença	<p>“Em relação à diabetes para mim não tem cura. Vou levando enquanto os remédios derem conta, e remédio eu tomo... Eu sei que vou morrer de um derrame ou da própria diabetes que vai parando tudo.”</p> <p>“Isso aí é hereditário, né? A minha família toda é diabética, então é hereditário, não adianta fazer nada.”</p> <p>“Fazer o que, nega... Se for morrer, morre de boca cheia. Não tenho medo de morrer. Ruim é ficar na cadeira de rodas.”</p> <p>“Pela diabetes não teria problema, o problema mesmo é minha visão e minhas pernas.”</p> <p>“Já tive complicação da diabetes sim. O AVC eu não sei se é da diabetes, mas a visão sim.”</p> <p>“Ah, no começo tudo é normal, eu achava que diabetes não era doença, porque eu não sentia nada.”</p> <p>“Falar pra fazer as coisas, eles falam. Sempre a mesma coisa. O duro é fazer.”</p>
Alimentação	<p>“No café da manhã eu como dois pães brancos. O integral eu já enjoei.”</p> <p>“Eles orientaram a não comer nada que tenha açúcar, doçura e gordura... deveria comer bastante salada, mas massas eu não lembro.”</p> <p>“E tu não pode comer quase nada. A diabete restringe muito tua comida. É... Água (risos). E o que não posso? Ui! Nada! Açúcar, trigo, é tudo. Tudo que vai açúcar, tudo que é bom... bem dizer nada! Ou uma pequena quantidade.”</p> <p>“Eu tentei mudar um hábito de duas refeições por dia, sendo a principal à noite, só almoço e janta. Difícil tomar café da manhã porque eu janto bem. Sei que é um erro, mas é um hábito que é difícil mudar.”</p> <p>“Eu não acho certo comer várias vezes por dia, porque o certo é fazer dieta.”</p> <p>Eu adoro fazer janta! Lá em casa todos adoram comer, e na minha casa de noite tem sempre gente, então...”</p> <p>“A principal dificuldade é a alimentação... Domingo sempre ia à casa de minha mãe, encontrava com os meus irmãos, então fazíamos churrasco no almoço. Fiquei um tempo sem ir. E agora eu sou a que mais demoro pra ir na mãe porque eu não vou lá pra fazer comida separada pra mim. Marmitta não vou levar.”</p> <p>“Eu já tomo a insulina. Pra que eu tenho que fazer dieta?”</p> <p>“Olha, eu tento não comer aquilo que eles pedem para não comer, mas eu já falei para doutora, a gente é pobre né, não tem como a gente ter uma fruta ou uma verdura direto. Então, o pão, o abençoado pão, sempre tem.”</p>

Atividade física	<p>“Então não posso mais caminhar. Por isso que a diabetes não regula mais, porque eu não consigo fazer exercício. É proibido pelo médico. O ortopedista proibiu.”</p> <p>“Tenho dificuldade em fazer atividade física. A escada não subo mais. Eu ando mesmo de bengala. Só de bengalinha”.</p> <p>“Eu não posso fazer exercício por causa da visão... Já perdi ela pela diabetes. Agora, como é que eu vou andar na estrada se eu não enxergo?”</p> <p>“A médica me pergunta se vou fazer algum dia exercício. Eu digo que vou. Até tinha um senhor que fazia exercício com as mulheres no Itajaí ativo. Eu não me inscrevi porque não quis. Pensei, pensei... Não sei porque não fui (risos). É aquele negócio: deixa pra um dia, deixa pro outro. Amanhã eu vou, depois de amanhã eu vou. Daí chega amanhã e tu esquece. E ...acabei não indo.”</p> <p>“Pra mim, o mais difícil de fazer na diabetes é o exercício físico, mas eu tenho certeza absoluta que se eu caminhasse eu estaria bem melhor.”</p>
Medicamentos	<p>Mas eu sou teimosa, tomei remédio, parava, tomava e parava... Eu não seguia assim rigorosamente. Quando você não sente nada é mais difícil tomar remédio.”</p> <p>“Eu sempre passava mal! À noite me dava uma dor no estômago e dor na barriga assim...”</p> <p>“Eu usei também metformina e glibenclamida. Mas parei de tomar metformina porque dava uma diarreia.”</p> <p>“Só tenho 5% da visão. Não consigo aplicar direito e meu marido é caminhoneiro e nem sempre tá em casa.”</p> <p>“Peço pro meu marido. Tenho medo né?”</p>
Fatores emocionais	<p>“Hoje deu meio alterado porque eu acho que quando eu estou meio nervosa a diabetes altera”.</p> <p>“Eu sei que não posso comer coisas doces, mas o problema é que quando fico nervosa eu acabo comendo.”</p> <p>“A vida da gente é complicada. Já passei mal da diabetes de ficar nervosa, porque não tem ninguém que a gente pode conversar.”</p>
Relação médico-paciente	<p>“Acho que os profissionais devem explicar pra gente o que é a doença, o que tem que fazer certinho e tratar a gente bem. O médico deve olhar para a gente, porque só me mandavam tomar o remédio, emagrecer e nem olhavam na minha cara direito.”</p> <p>“Eu não conseguia controlar a diabetes e ele ficava bravo comigo. Ele não sabe como é difícil não comer nada. Daí eu só dizia que fazia tudo certinho e pegava meus remédios, mas não é bem assim.”</p> <p>“Só dizia que se eu não cuidasse ia ter que passar pra insulina.”</p> <p>“Eu parei de ir por um tempo de tanta bronca que eu levava. Depois tive que voltar.”</p>

3.1 REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA

Esta categoria temática demonstrou importância central, uma vez que a forma como o indivíduo percebe e vivencia a doença, pode interferir de maneira determinante na adesão ao tratamento e consequentemente na manutenção do controle glicêmico.

Pela característica crônica do problema, a crença de doença incurável aparece como obstáculo na adesão completa ao tratamento. Em geral, ocorre a adesão medicamentosa (nem sempre de forma correta), negligenciando aspectos não-farmacológicos, igualmente importantes no controle glicêmico.

Essa visão biomédica vem de uma construção histórica do modelo de atenção hegemônico, voltado principalmente para problemas agudos, colocando o medicamento como único instrumento de cura, em contraposição a visão de cuidado, essencial para a atenção aos problemas crônicos¹¹.

Além disso, o fato da doença não apresentar sintomas evidentes no seu início, dificulta para muitos pacientes entrevistados, o início da realização dos cuidados. A DM tipo 2 pode permanecer assintomática por longo tempo e sua detecção clínica é frequentemente feita, não pelos sintomas, mas

em geral pelos seus fatores de risco⁹. Desta forma, por ter curso assintomático, faz com que os pacientes negligenciem e não reconheçam a importância do tratamento¹⁷.

Além do contexto desfavorável de doença crônica e assintomática, o que também interfere negativamente é o desconhecimento real sobre o problema, tanto quanto as complicações da doença, como da própria possibilidade de controle e qualidade de vida que a pessoa com DM pode ter. Essa falta de informação ou informação descontextualizada, identificada na fala dos entrevistados, acaba sendo determinante para a visão fatalista de que pouco pode ser feito pelo caráter incurável da doença, e por consequência fragiliza o cuidado e interfere na adesão ao tratamento.

Em grande medida, o insucesso das ações educativas tem como raiz a não valorização das crenças, dos sentimentos e dos pensamentos das pessoas, se restringindo apenas aos processos cognitivos com repasse de informação¹⁸.

Os relatos dos pacientes apontam que todos receberam informações básicas sobre seu problema, porém, vale lembrar que nem toda informação repassada é compreendida, e ainda, que nem toda informação compreendida possibilita e gera atitudes.

Pesquisa realizada no Reino Unido com pacientes recém-diagnosticados com DM tipo 2 acompanhados no National Health Service participaram de um programa de qualidade com informações para seu autocuidado. Em avaliação realizada posteriormente, apenas pequena parcela dos entrevistados revelou não precisar de informações adicionais, e parte considerável revelou necessitar de informações adicionais. A pesquisa conclui que as informações padronizadas não geram os mesmos entendimentos e as mesmas atitudes das pessoas frente às informações recebidas¹⁹.

A educação em saúde, principalmente para pessoas com problemas crônicos, deve objetivar a promoção do conhecimento do indivíduo sobre sua doença, a habilidade e a técnica necessária para o autocuidado diário, e as atitudes necessárias para as adaptações eventualmente necessárias no seu estilo de vida, no sentido da conquista de autonomia e da melhoria da qualidade de vida e saúde, considerando especialmente o contexto individual de cada pessoa²⁰. Isto implica em conhecer aquilo que os pacientes apreendem de sua realidade e como organizam seu cotidiano, e desta forma torna-se possível o estabelecimento de estratégias singulares de intervenção¹⁸.

3.2 ALIMENTAÇÃO

A alimentação, tão importante no controle glicêmico da pessoa com diabetes mellitus foi um dos aspectos mais evidenciados como dificuldade na visão dos entrevistados, ratificando diversas pesquisas que tem apontado que poucos pacientes seguem a dieta recomendada²¹.

A falta de informação quanto a alimentação adequada ficou bastante evidente, na qual os pacientes relataram restringir alimentos doces e/ou açúcar, porém, o cuidado com outros alimentos

como carboidratos, nem sempre foi considerado, seja por desconhecimento ou dificuldade em realizar dieta.

A ingestão de carboidrato influencia diretamente os níveis de glicose pós-prandial, sendo ele o macronutriente de maior preocupação no manejo glicêmico²². Além disso, as escolhas alimentares promovem efeito direto sobre o equilíbrio energético e, por conseguinte, sobre o peso corporal e sobre os níveis pressóricos e de lipídios plasmáticos⁴.

Portanto, deve-se considerar que uma dentre as justificativas que impedem a adoção de uma dieta saudável está no desconhecimento da composição dos alimentos;

Além da questão da escolha do tipo de alimento, o fracionamento da alimentação também foi colocado como orientação difícil de ser seguida, principalmente pelo hábito adquirido durante anos.

Diversos estudos correlacionam que o menor fracionamento dietético e o grande volume de alimentos consumido nas refeições principais determinam um maior estoque de gordura corporal em decorrência da maior absorção de glicose e maior lipogênese. Em oposição, o maior fracionamento permite maior termogênese pós-prandial, menor concentração de colesterol total e colesterol LDL, além de menor pico de insulina pós-prandial, portanto, de extrema importância para as pessoas com DM²³.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia⁴, recomenda-se que o plano seja fracionado em cinco a seis refeições, sendo três principais e duas a três compostas por lanches. Essa orientação nutricional no diabetes mellitus considera os efeitos benéficos desse plano para todo o corpo, com oferta constante de micronutrientes e contribuição para a saciedade.

A qualidade da informação também corrobora para que o fracionamento não seja realizado, pois sem a devida explicação e significação, comer várias vezes ao dia, pode representar no imaginário das pessoas comer mais, e não distribuir melhor a alimentação, como demonstrou um entrevistado.

Além disso, resultados de inúmeras pesquisas sugerem que o conhecimento nutricional e a condição de saúde, por si, não são suficientes para garantir um comportamento alimentar adequado²⁴.

A educação em saúde, já citada anteriormente, não pode se restringir ao papel informativo, mas deve principalmente gerar autonomia, o que implica além do conhecimento, o desenvolvimento de habilidades e atitudes. É preciso adotar um estilo de comunicação centrado no paciente, considerando suas preferências, seu grau de alfabetização e barreiras culturais que podem influenciar no cuidado²⁵.

A restrição alimentar da pessoa com DM ocasionada pela dieta também acaba interferindo no prazer do ato de comer e na interação social que a alimentação proporciona, explicitada na fala de alguns entrevistados.

Sabe-se que o alimento possui, além da função fisiológica de saciar a fome, outras funções como a gastronômica, que proporciona o prazer proveniente da alimentação saborosa²⁶. Além disso, segundo estudo realizado em mulheres portadoras de DM tipo 2, em uma unidade de Ribeirão Preto (SP), seguir um padrão dietético recomendado resultou em tristeza, e o ato de comer, inúmeras vezes, veio acompanhado de medo, culpa e revolta²¹.

O desafio para o cuidado das pessoas com DM na alimentação, além da qualidade dos alimentos, é considerar o sabor que os alimentos saudáveis podem proporcionar. Nesse sentido, a busca por dietas saudáveis, que considerem a cultura, a condição social, e a própria predileção por determinados alimentos, devem fazer parte do processo educativo e terapêutico, o que não necessariamente precisa se restringir a pessoa com diabetes mellitus, mas pode ser extensiva a toda família e convívio social.

Segundo Souza (2012), estar à mesa com familiares e convidados remete uma espécie de ritual e caracteriza uma experiência existencial, pois a partilha do alimento e a hospitalidade permitem a reunião de pessoas em um momento de comunhão²⁷.

Por fim, o último e não menos importante fator associado à alimentação no descontrole glicêmico identificado no estudo, refere-se ao alto custo dos produtos saudáveis em contraposição ao baixo custo e acessibilidade de alimentos não saudáveis.

Os aspectos financeiros também foram citados em outros estudos como um entrave que dificulta o seguimento da dieta²¹.

Estudo sobre consumo alimentar demonstrou que com acréscimo da renda familiar, observou-se um aumento no consumo de frutas, legumes e verduras na composição da dieta, e ainda, o decréscimo no preço destes produtos também teve aumento destes alimentos na composição da dieta, o que sugere que não se trata simplesmente de escolha saudável, mas sim de possibilidade de escolha saudável²⁸.

Dessa forma, pode-se reafirmar que a dificuldade da alimentação saudável representa um dos principais desafios na terapêutica e caracteriza-se por ser multifatorial. Portanto, a mudança de hábitos alimentares torna-se um processo lento e difícil²⁹.

3.3 ATIVIDADE FÍSICA

A realização de atividade física, também importante no controle glicêmico, não foi relatada por nenhum dos entrevistados como parte do cuidado. Em estudo realizado com pessoas com diabetes no município de Casajearas (PB), demonstrou que entre os pilares do tratamento, a atividade física foi a que demonstrou menor adesão³⁰.

No presente estudo, as justificativas encontradas para a não realização de atividades físicas estavam principalmente relacionadas às próprias limitações físicas, sejam elas pelas complicações da DM, ou mesmo de outros problemas físicos. No entanto, atividades de menor impacto, como práticas de relaxamento e yoga, podem substituir atividades físicas aeróbicas em pacientes com contraindicações para as mesmas. Tais práticas possuem capacidade diminuir a atividade simpático-adrenérgica, contribuindo assim, para o controle metabólico, especialmente em pacientes diabéticos³¹.

Figueira *et al.* (2015) relataram em estudo realizado que exercícios inspiratórios de alta resistência que alcancem até 60% do pico inspiratório máximo, possuem resultados semelhantes ao exercício aeróbico e combinação de exercícios de musculação, na redução dos níveis de glicose³².

Outro aspecto relatado pelos entrevistados é a incerteza dos benefícios que a atividade física pode trazer no processo de cuidado do DM. Mais uma vez fica evidenciada a hegemonia do modelo biomédico que ao longo dos anos, atribuiu aos medicamentos e procedimentos, valor maior ou absoluto sobre os cuidados em saúde, pensamento partilhado por pacientes e profissionais de saúde³³.

A importância da atividade física em pessoas com DM reside no fato de que sua realização regular e frequente (3 a 4 vezes por semana, 30 a 60 minutos por sessão), interfere no metabolismo dos carboidratos e na sensibilidade da insulina, com possibilidade de redução entre 10 a 20% da taxa de hemoglobina glicada³⁴.

Todo indivíduo com diabetes deve ser incentivado a praticar exercícios físicos regularmente. O jovem que apresenta bom controle metabólico pode fazer a maioria das atividades com segurança; no adulto, o condicionamento cardiovascular é fundamental para a saúde; no envelhecimento, por sua vez, a manutenção da massa muscular e da funcionalidade passa a ser o foco central⁴.

A desmotivação também foi citada pelos entrevistados como barreira para a realização das atividades físicas. Nas falas dos entrevistados, ainda que informados sobre a importância das atividades físicas, esta na maioria das vezes é realizada de forma prescritiva, e considerando o passado de sedentarismo da grande maioria, a realização se torna ainda mais difícil.

Por outro lado, a conscientização da importância para a saúde, a sensação de prazer em realizar, a preocupação com a estética e a possibilidade de socialização, que a realização de atividade física pode proporcionar, tem sido aspectos incentivadores³⁵.

Como forma de incentivo, projetos como o “Agita São Paulo” conseguiram promover mudança de comportamento em pacientes com diabetes mellitus e previamente sedentários. Ao final do programa, os participantes obtiveram uma frequência de em média 89,7% das aulas³⁶.

3.4 MEDICAMENTOS

Esta categoria demonstrou que o tratamento medicamentoso, ainda que represente o pilar de tratamento com maior adesão, também deve ser melhor trabalhado, já que muitos entrevistados relataram queixas referentes ao uso de medicamentos, principalmente relacionadas aos efeitos colaterais, à dificuldade de aplicação da insulina e ao ajuste de dose do medicamento, corroborada ainda pela fase assintomática da doença que também interfere na decisão de iniciar a tomada do medicamento.

Para os hipoglicemiantes orais, a queixa principal esteve associada aos efeitos gastrointestinais, corroborando com diversas pesquisas que demonstram que os efeitos colaterais mais frequentes destes tipos de medicamentos são a náusea, diarreia e dor abdominal, presentes em até 30% dos pacientes e responsáveis pela descontinuação do fármaco em alguns casos³⁷.

Dessa forma, percebe-se a importância da orientação realizada pelos profissionais, com uso de baixas doses iniciais para minimizar os efeitos gastrintestinais. Ainda deve-se enfatizar que os efeitos colaterais tendem a diminuir com o tempo³⁷.

Em relação a fase assintomática, um estudo realizado com mais de 400 pacientes, revelou que 75% dos entrevistados não seguiam a prescrição medicamentosa da forma correta, seja pela descontinuidade, tomada em horários incorretos e esquecimento³⁸. Isso traz um importante alerta para que o profissional de saúde esteja atento a estas possibilidades de não adesão ou adesão parcial.

Quanto ao uso de insulina, a educação relacionada ao ajuste da dose e horários de aplicação devem ser explicados para o paciente, combinado com a orientação de fracionamento da dieta e de exercícios físicos a fim de equilibrar a glicemia e reduzir notavelmente os riscos de hiperglicemia ou hipoglicemia, como relatados por alguns pacientes³¹.

A aplicação da insulina também é fator preocupante, pois algumas pessoas apresentam dificuldade para a auto-aplicação, e ainda não existe garantia da utilização de dose correta.

Ainda se observa déficit de conhecimento em relação aos procedimentos básicos para a aplicação de insulina, tais como: delimitação da região de aplicação, rodízio dos locais de aplicação, conservação da insulina, entre outros³⁹.

Portanto, após explicar e/ou demonstrar as técnicas de preparo e aplicação de insulina, o profissional deve solicitar ao paciente, e/ou familiar e/ou cuidador a repetição do que foi apresentado, para garantir o aprendizado⁴.

Neste sentido, é importante que os profissionais de saúde garantam que este processo seja realizado da forma correta, seja por meio da autonomia conferida ao paciente ou a algum cuidador que o faça regularmente, e isso implica não só em repassar informações sobre o processo, mas, sobretudo de desenvolver o manejo com o paciente no sentido da autonomia.

3.5 ASPECTOS EMOCIONAIS

Outro aspecto mencionado por três entrevistados, porém de grande relevância, foram situações emocionais como contribuintes para o descontrole glicêmico.

Sabe-se que o tratamento para DM inclui medicamentos, atividade física e alimentação, mas também interferências causadas pelas reações emocionais podem determinar a realização do autocuidado e a adesão ao tratamento. Ainda que muitas situações não possam ser “remediadas”, a escuta ativa e empática do profissional, pode ser considerada por si terapêutica e permite compreender situações expostas pelo paciente a fim de proporcionar intervenções que beneficiem o cuidado⁴⁰.

Esse processo de transferência do emocional para o somático em pessoas com diabetes mellitus acaba por desencadear um estímulo metabólico, que diante de situações traumáticas ou estressantes há a liberação de hormônios contrarreguladores da insulina (cortisol, adrenalina, glucagon, hormônio do crescimento), que culminam na maior disponibilização da glicose e, por fim, hiperglicemia⁴.

Além, do efeito psicossomático que por si já altera a glicemia, as situações de mudança do humor, seja ele elevado ou diminuído, também influenciam nos hábitos alimentares e na qualidade dos alimentos ingeridos, sendo esses altamente energéticos e calóricos⁴¹.

Assim, reitera-se a importância da atenção integral de saúde, que descentraliza a visão tradicional de ações em saúde e considere as necessidades do indivíduo⁴².

3.6 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A relação médico-paciente mostrou importância sob dois aspectos principais. A primeira questão é quanto ao caráter prescritivo ainda hegemônico das orientações passadas aos pacientes, na qual normas de conduta e comportamentos devem ser seguidas, desconsiderando a singularidade dos sujeitos. Diante de qualquer dificuldade em realizá-las, o paciente é culpabilizado pelo fracasso, conforme descrição dos relatos.

É preciso saber que a adesão de uma pessoa ao tratamento de uma doença crônica é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de um conjunto de fatores que afetam o comportamento e a capacidade das pessoas de seguir o tratamento. É importante considerar determinantes como aspectos socioeconômicos, demográficos e capacidade de auto-percepção de saúde a fim de criar ações coordenadas entre profissionais de saúde, bem como políticas para o seu enfrentamento e sucesso⁴³.

A falta de abertura para diálogo relatada, também tem suas raízes no modelo biomédico, e em geral os profissionais perguntam apenas coisas que lhe interessam e não as que os pacientes desejam

falar, o que impede o profissional de conhecer suas dificuldades no autocuidado, e ainda interfere negativamente na adesão ao tratamento.

Neste contexto, cabe ao médico uma boa comunicação com o paciente, ouvindo suas tensões e dificuldades, expressando-se de forma clara e simples, além de compartilhar seus conhecimentos com o doente, a fim de que implique na melhora do autocuidado e aderência ao tratamento⁴⁰.

Conhecer os fatores incentivadores, necessidades e ansiedades dos pacientes ajuda o mesmo a assumir gradualmente a responsabilidade sobre seu próprio tratamento. Cabe aos profissionais a consciência dessas situações, estabelecendo assim, postura que inspire confiança, deixando claro que não estão preocupados apenas com a doença e a eficácia terapêutica, mas que realmente se preocupam com o indivíduo em si⁴⁴.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dificuldades para o controle glicêmico e à adesão ao tratamento no âmbito da Atenção Básica, objeto desta pesquisa, tem relação direta com o modelo biomédico, ainda hegemônico nos serviços de saúde. Ainda que a Atenção Básica tenha se tornado a porta de entrada preferencial, outros atributos como integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, ainda deixam a desejar. Isso demonstra um distanciamento entre o preconizado pelas diretrizes da Atenção Básica com cuidado efetivamente realizado⁴⁵. Portanto, uma primeira mudança é a valorização e protagonismo de toda a equipe no cuidado da pessoa com diabetes mellitus, uma vez que a Atenção Básica, somente se efetiva com o trabalho em equipe⁴⁶.

Os aspectos relacionados à dificuldade de controle glicêmico têm relação direta com o não cumprimento dos atributos. Em geral, quando da dificuldade do controle, o paciente é encaminhado ao serviço especializado. Porém, a causa do descontrole não se trata da simples progressão da doença, mas sim da qualidade do cuidado realizado, e o incremento ou aumento de dosagem de medicamentos, ainda que tenha efeito farmacológico, não será suficiente para o controle e equilíbrio glicêmico.

A representação da doença que para os entrevistados se apresenta como doença incurável, assintomática, e ainda com pouca clareza sobre as implicações e complicações da diabetes mellitus, tem relação importante com uma prática profissional protocolar e descontextualizada. A integralidade que tem na clínica ampliada sua base de prática profissional pressupõe a busca da autonomia dos sujeitos, e isso só é possível com o empoderamento dos indivíduos sobre seu problema. Ainda que as representações possam ser pessoais, com uma prática contextualizada e co-participativa, é possível buscar mecanismos de cuidado, a partir de cada realidade, propondo assim, formas singulares de coordenar o cuidado.

No que se refere à alimentação, a informação sobre a qualidade dos alimentos, o fracionamento das refeições, o prazer e sociabilização que o ato de comer representa, bem como o acesso à alimentação saudável, também devem ser consideradas na organização do cuidado pela equipe. A coordenação do cuidado pressupõe a responsabilização da equipe para garantia da efetivação do cuidado, seja nas unidades de saúde ou no próprio domicílio, considerando não só o conhecimento sobre a alimentação, mas também o desenvolvimento de habilidades e capacidades para as escolhas mais saudáveis, respeitando a singularidade de cada sujeito, numa perspectiva de educação dialógica e emancipadora.

Da mesma forma, as atividades físicas demonstraram uma fragilidade quanto à clareza de seus benefícios e ainda a competência para realizá-las. A facilitação e realização de atividades físicas no território, pode ser organizada pela própria equipe e comunidade (coordenação do cuidado), considerando a disponibilidade de recursos locais, a condição individual de cada pessoa, bem como as referências individuais e coletivas da população (integralidade).

Quanto à adesão medicamentosa, que tem relação com os efeitos adversos, bem como com a própria representação da doença, o acompanhamento de forma contextualizada e singular, permite o profissional esclarecer e motivar o paciente, modificar doses e medicamentos, promovendo a adesão consciente, segura e efetiva. O acionamento da rede de apoio, como forma de coordenação do cuidado, também pode potencializar não só a adesão medicamentosa, como de todas as medidas não farmacológicas.

A relação médico-paciente vertical e a não consideração dos aspectos emocionais na prática profissional são resquícios do modelo biomédico. A doença em si se caracteriza por sinais e sintomas de forma regular, porém, a forma como isso repercute em cada pessoa é complementarmente pessoal, singular. As doenças crônicas como a DM, muito mais que tratar dos sinais e sintomas, exige cuidar das pessoas e ajudá-las a se reinventarem na vida, mesmo com o problema, aqui mais um traço de prática integral.

E por fim, o cuidado de pessoas com problemas crônicos, exige uma responsabilidade longitudinal por parte da equipe de saúde, o que implica em acompanhamento com cuidados contínuos e postura proativa, não se restringindo a procura do paciente pela unidade de saúde, facilitando desta forma a sua adesão ao tratamento.

Desta forma, a organização da atenção à pessoa com diabetes, a partir dos atributos da Atenção Básica, pode efetivamente transformar o cuidado e melhorar a qualidade de vida e saúde destas pessoas.

REFERÊNCIAS

1. Internacional Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. 7th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2015.
2. World Health Organization. Global report on diabetes. Geneva: World Health Organization; 2016.
3. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care* 2017; 40(Suppl 1):S1-131.
4. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Editora Clannad; 2017.
5. Malerbi DA, Franco LJ. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 years. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. *Diabetes Care* 1992;15(11):1509-16.
6. Schmidt MI, Hoffman JF, Diniz MFS, et al. High prevalence of diabetes and intermediate hyperglycemia. The Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Diabetol Metab Syndr* 2014; 6(123):1-9.
7. Mayer-Davis EJ, Lawrence JM, Dabelea D, et al. Incidence trends of type 1 and type 2 diabetes among youths, 2002-2012. *N Engl J Med* 2017; 376(15):1419-29.
8. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc* 2011; 20(4):867-874.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus – Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
10. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Cienc. Saúde Colet* 2007; 12(2):335-342.
11. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Conselho Nacional de Secretários da Saúde; 2012.
12. Patton M. *Qualitative research and evaluation methods*. Londres: Thousand Oaks - Sage Publications; 2002.
13. Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1987.
14. Goldim JR. *Manual de iniciação à pesquisa em saúde*. Porto Alegre: da Casa; 1997.
15. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(1):17-27.

16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
17. Cunha CW. Dificuldades no controle da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na Atenção Básica de saúde através do Hiperdia – Plano de reorganização da atenção. Arquivo UFRGS. Porto Alegre: UFRGS; 2009.
18. Péres DS, Santos MA, Zanetti ML, *et al.* Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. Revista Latino-americana de Enfermagem 2007; 15(6)1-8.
19. Wilkinson E, Randhawa G, Singh M. Quality improvements in diabetes care, how holistic have they been? A case-study from the United Kingdom. International Journal for Equity in Health 2014; 13(29).
20. Brasil. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica n. 16. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
21. Péres DS, Franco LJ, Santos MA. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. Rev. Saúde Públ. 2006; 40(2)310-317.
22. Franz MJ, Powers MA, Leontos C, *et al.* The evidence for medical nutrition therapy for type 1 and type 2 diabetes in adults. J Am Diet Assoc 2010; 110(12)1852-89.
23. Pereira LM, Vieira ALS, Horta PM, *et al.* Fracionamento da dieta e o perfil nutricional e de saúde de mulheres. Rev Nutr 2014; 27(1)15-23.
24. Ferreira CLRA, Ferreira MG. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: Análise a partir do sistema hiperdia (HiperDia). Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia 2009; 53(1)80-86.
25. Royal Australian College of General Practitioners. General practice management of type 2 diabetes: 2016-18. East Melbourne, Vic: RACGP; 2016.
26. Sijtsema S, Linneann, A, Gaasbeek TV, *et al.* Variables influencing food perception reviewed for consumer-oriented product development. Critical Reviews in Food Science and Nutrition 2002; 42(6)565-581.
27. Souza ECMP. Alimentação como cerimônia indispensável para o convívio humano. Monografia (Pós-Graduação em Gestão de Projetos Culturais e Organização de Eventos) - Escola de Comunicação e Artes, Universidade de São Paulo. São Paulo; 2012.
28. Claro RM, Carmo HCE, Machado FMS, *et al.* Renda, preço dos alimentos e participação de frutas e hortaliças na dieta. Rev. Saúde Públ. 2007; 41(4)557-564.
29. Tobias RF, Dadalti MRM. Diabetes: dificuldades de adesão ao tratamento, uma experiência adquirida na prática – estudo de caso. Faculdade Atenas, 2007.
30. Cerqueira GS, Luciano EE, Sousa JR, *et al.* Fatores que permeiam a não adesão a atividade física em portadores de diabetes mellitus do nordeste brasileiro. EF Desportes Revista Digital

2011; 16(155)1-1.

31. Mercuri N, Arrechea V. Atividade física e diabetes. *Jornal Multidisciplinar do Diabetes e das Patologias Associadas* 2001; 4(5)347-349.
32. Correa AP, Figueira FR, Umpierre D, et al. Inspiratory muscle loading: a new approach for lowering glucose levels and glucose variability in patients with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine Journal* 2015; 32(9)1255–1257.
33. Cutolo LRA. Estilo de Pensamento em Educação Médica – Um estudo do currículo do curso de graduação em Medicina da UFSC. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências da Educação, UFSC. Florianópolis; 2001.
34. Associação Americana de Diabetes e Colégio Americano de Medicina do Esporte. Diabetes Mellitus e exercício. *Rev. Bras. Med. Esporte* 2000; 6(1)16-22.
35. Gonçalves MP, Alchieri CJ. Motivação à prática de atividades físicas: um estudo com praticantes não-atletas. *Revista PsicoUSF* 2010; 15(1)125-134.
36. São Paulo. Programa Agita São Paulo – Manual do Programa Agita São Paulo – Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – CELAFISCS / Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo; 1998.
37. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2013.
38. Batista MCR, Priori SE, Rosado LEFPL, et al. Avaliação dietética dos pacientes detectados com hiperglicemia na "Campanha de detecção de casos suspeitos de diabetes" no município de Viçosa, MG. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia* 2006; 50(6)1041-1049.
39. Stacciarini TSG, Haas VJ, Pace AE. Fatores associados à auto-aplicação da insulina nos usuários com diabetes mellitus acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. *Cad. Saúde Públ.* 2008; 24(6)1314-1322.
40. Lima SM Papel da psicologia no acompanhamento do paciente com diabetes, *BJHBS* 2015; 14(4).
41. Lourenço ASA, Ingestão de alimentos como mecanismo de regulação da ansiedade. Dissertação. Universidade Lusofona de Humanidade e Tecnologia. Escola de Psicologia e Ciências da Vida. Lisboa: Universidade Lusofona de Humanidade e Tecnologia; 2016.
42. Silva MFF, Silva EM, Oliveira SLSO, et al. Integralidade na atenção primária. *REFACS* 2018; (supl. 1).
43. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Rev. Saúde Públ.* 2016; 50(supl 2)10s.
44. Pfrimer EOD, Afonso ET, Lima FHA, et al. O adolescente com doença crônica. Goiânia: Sociedade Goiana de Pediatria; 2018.

45. Paraizo CMS, Dázio EMR, Rezende EG. “Diabético é custoso, a gente gasta saliva com eles”: o cuidado na perspectiva de enfermeiros. *Braz. J. of Develop.* 2020; 6(1)3448-3461.
46. Silva DA, Abreu LCC, Silva CSC. Resolutividade do atendimento interprofissional no tratamento oportuno de complicações da diabetes – um relato de caso. *Braz. J. of Develop.* 2020; 6(1)4561-4565.